

КОМПЛЕКСНАЯ ПРОГРАММА ПО СНИЖЕНИЮ МАССЫ ТЕЛА У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

О.С. Ружи́ло

Полесский государственный университет, ruzhylo@tut.by

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) – заболевание с чрезвычайно вариабельной клинической картиной, встречающееся у 5–10% женщин репродуктивного возраста. Отмечается устойчивая тенденция к увеличению частоты данной патологии в структуре нарушений менструальной и генеративной функций. Ожирение всегда рассматривалось как один из клинических признаков СПКЯ, поскольку встречается у 30–50% больных. Но длительное время к ожирению при СПКЯ относились как к косметическому дефекту, но не объекту лечебных действий [2]. Взаимосвязь ожирения и гиперандрогении, выявляемая как клиническими, так и лабораторными методами, опосредована инсулинорезистентностью и гиперинсулинемией. Гиперсекреция инсулина стимулирует синтез тека–клетками яичников андрогенов. Андрогены нарушают нормальное развитие фолликулов, приводя к множественной атрезии. В результате гиперандрогении развиваются гирсутизм, нарушения менструального цикла и бесплодие [1]. Ожирение является отягощающим фактором при СПКЯ и усугубляет гормональные и метаболические нарушения в организме женщины [3]. Гиподинамия наряду с нерациональным питанием рассматривается как основная причина возникновения ожирения, которое приобрело эпидемический характер за последние десятилетия во всем мире.

Цель исследования: оценить эффективность коррекции избыточной массы тела и нарушений менструальной функции у пациентов с СПКЯ и ожирением.

Методы и организация исследования. В исследование было включено 73 женщины в возрасте 18–32 лет после получения информированного согласия. Основную группу составили 43 пациента с СПКЯ и ожирением, наблюдавшихся в акушерско–

гинекологическом отделении № 1 филиала «Женская консультация» г. Пинска. Группа сравнения состояла из 30 здоровых женщин репродуктивного возраста. В группе сравнения не было выявлено нарушений менструальной функции, гиперандрогении и ожирения. Диагноз СПКЯ устанавливался в соответствии с критериями «Роттердамского консенсуса по СПКЯ» (2003г.). Для определения индекса массы тела (ИМТ) использовали формулу: $\text{ИМТ} = \text{вес, кг} / \text{рост}^2, \text{ м}$. Показатели липидного спектра сыворотки крови определяли с использованием реактивов Spinreakt (Испания) на приборе ChemWell 2910 Combi (США) в Научно-исследовательской лаборатории лонгитудинальных исследований УО «Полесский государственный университет» г. Пинск. Взятие крови на лабораторное исследование проводилось из локтевой вены утром натощак. В полученных образцах определяли концентрацию общего холестерина (ОХ), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС-ЛПВП), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС-ЛПНП) и триглицеридов (ТГ). Индекс атерогенности (ИА) рассчитывали по формуле А.Н. Климова: $\text{ИА} = (\text{ОХ} - \text{ХС-ЛПВП}) / \text{ХС-ЛПВП}$.

Пациентам с СПКЯ и ожирением назначалась комплексная программа по снижению веса, включающая модификацию образа жизни и медикаментозное лечение. Пациентам рекомендовалась умеренно низкокалорийная диета (1350–1850 ккал), содержащая не более 30% калоража в виде жиров. Увеличение повседневной физической активности достигалось выполнением дозированной ходьбы 100–120 шагов в минуту в течение 35–45 минут, 3–5 раз в неделю. Для уменьшения всасывания жиров в желудочно-кишечном тракте использовался орлистат по 60–120 мг 3 раза в сутки во время еды в течение 6 месяцев. Для коррекции второй фазы цикла назначался дидрогестерон по 10 мг внутрь 2 раза в сутки с 14 по 25 день цикла. С целью активизации обмена веществ и витаминной коррекции рациона питания использовались поливитаминные препараты, содержащие жирорастворимые витамины (А, D, Е, К). Пациентам проводилось обследование до начала лечения и спустя 6 месяцев использования комплексной программы.

Для статистической обработки полученных данных применяли программное обеспечение STATISTICA 6.1 («StatSoftInc.», США). Для статистического анализа использовались методы непараметрической статистики. Результаты исследований представлены в виде медианы параметра, 15 и 85 процентиля для количественных признаков, и в виде процента и абсолютного значения – для качественных признаков. Для определения значимости различий сопоставляемых величин использовали непараметрические статистические методы (критерии Манна-Уитни, Вилкоксона). Различия считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Исходно обследование 43 женщин с СПКЯ показало, что у 23(53,4%) пациентов имеется избыток массы тела ($\text{ИМТ } 25\text{--}30 \text{ кг/м}^2$), ожирение 1 степени ($\text{ИМТ } 30\text{--}35 \text{ кг/м}^2$) – у 15 (34,9%), ожирение 2 степени ($\text{ИМТ } 35\text{--}40 \text{ кг/м}^2$) – у 3 (7%), ожирение 4 степени – у 2 (4,7%) женщин. Абдоминальный тип распределения жировой ткани выявлен у 83,7% (36) пациентов, а глутеофеморальный тип распределения жира наблюдался у 16,3% (7) пациентов. Для пациентов с СПКЯ характерно избыточное отложение жира в области живота и развитие абдоминального типа ожирения (отношение $\text{ОТ/ОБ} > 0,8$) как результат анаболического действия андрогенов. На фоне гиперандрогении у 88,4% (38) женщин наблюдались нарушения менструальной функции по типу олигоменореи, а у 11,6% (5) имелись нарушения по типу аменореи. У пациентов с СПКЯ и ожирением до лечения отмечались высокие уровни ОХ, ХС-ЛПНП, индекса атерогенности и сниженный уровень протективных ХС-ЛПВП по сравнению с группой здоровых женщин, что, по всей вероятности, является результатом их повышенной продукции и сниженной элиминации на фоне инсулинорезистентности и низкой двигательной активности. Повышенные уровни ХС-ЛПНП, индекса атерогенности и сниженный уровень ХС-ЛПВП у пациентов с СПКЯ можно рассматривать как дополнительные факторы риска развития сердечно-сосудистой патологии.

Результаты антропометрии, динамика показателей липидного спектра пациентов с СПКЯ и ожирением отражены в таблице.

Таблица – Данные антропометрии, показатели липидного спектра крови и гормонального профиля пациентов с СПКЯ и здоровых женщин.

	Пациенты СПКЯ до лечения (n=43)	Пациенты СПКЯ после лечения (n=43)	Здоровые женщины (n=30)
ИМТ, кг/м ²	29,3 (26,4–33,7)*/**	27,6 (25,3–31,6)*/**	20,4 (19,1–22,3)
Окружность талии (ОТ), см	94 (88–105)*/**	87 (82–95)*/**	66 (64–72)
Окружность бедер (ОБ), см	110 (105–115)*/**	106 (103–112)*/**	97 (95–101)
Отношение ОТ/ОБ	0,85 (0,80–0,92)*/**	0,81 (0,77–0,88)*/**	0,68 (0,66–0,72)
ОХ, ммоль/л	5,72 (5,35–6,12)*/**	5,38 (5,15–5,59)*/**	4,9 (4,5–5,5)
ХС–ЛПВП, ммоль/л	1,23 (1,06–1,71)*/**	1,65 (1,42–1,91)**	1,6 (1,5–1,8)
ХС–ЛПНП, ммоль/л	3,71 (2,91–4,08)*/**	3,19 (2,80–3,49)*/**	2,8 (2,4–3,0)
ТГ, ммоль/л	1,7 (1,39–1,89)*/**	1,22 (1,02–1,37)*/**	1,0 (0,8–1,3)
Индекс атерогенности	3,3 (2,33–4,57)*/**	2,15 (1,83–2,81)*/**	2,1 (1,7–2,3)

Примечания: * – статистически значимые различия с контрольной группой (p<0,05);

** – статистически значимые различия между пациентами с СПКЯ до лечения и после лечения (p<0,05).

В течение всего периода лечения наблюдалась высокая комплаентность у пациентов. Через 6 месяцев лечения произошло перераспределение пациентов в зависимости от ИМТ. Увеличилась доля женщин с избыток массы тела – с 53,4% до 60,5 %. Женщин с ожирением 1 и 2 степени стало меньше – 18,6% (8) и 7% (3) соответственно. Ожирение 4 степени не наблюдалось. В результате лечения у пациентов наблюдалось снижение массы тела на 5,0 (3,1–7,0) кг, а ИМТ снизилось с 29,3 до 27,6 кг/м² (p<0,05). Также отмечалось снижение статистически значимое уменьшение ОТ, ОБ и ОТ/ОБ (p<0,05). Среднее снижение массы тела составило 6,2% (4,4–7,7). Снижение массы тела до целевого показателя (5% и более от исходной массы тела) достигнуто у 31 женщин (72,1%), причем у 6 (14%) произошла нормализация массы тела и восстановление естественного регулярного менструального цикла. На фоне приема дидрогестерона во вторую фазу цикла у всех девушек–подростков и женщин менструации приходили своевременно, а после отмены препарата самостоятельный регулярный цикл наблюдался у 9 (20,9 %) пациентов.

На фоне проводимого лечения отмечались положительные изменения в липидном спектре пациентов: уровень ОХ, ХС–ЛПНП, ТГ и индекс атерогенности снизился (p<0,05), а уровень протективного в отношении развития атеросклероза ХС–ЛПВП повысился до уровня здоровых женщин (p<0,05). Эти изменения объясняются как действием регулярной физической нагрузки, так и следствием приема орлистата, который ингибирует панкреатическую липазу и препятствует расщеплению и последующему всасыванию жиров, поступающих с пищей.

Выводы:

1. У пациентов с СПКЯ преобладает абдоминальный тип распределения жировой ткани.
2. Избыток массы тела и ожирение при СПКЯ ассоциированы с дислипидемией (повышение уровня ОХ, ХС–ЛПНП, ТГ и индекса атерогенности).
3. Использование орлистата и дозированной ходьбы в комплексной программе по снижению массы тела показало высокую эффективность в лечении ожирения и дислипидемии.
4. Снижение массы тела и использование дидрогестерона позволили нормализовать менструальный цикл у 15 (34,9%) женщин.

Избыток массы тела и низкая двигательная активность служат дополнительными причинами нарушений в липидном спектре крови у пациентов с СПКЯ в репродуктивном возрасте наряду с гиперандрогенией и инсулинорезистентностью. В тоже время, людям с ожирением труднее двигаться, что в свою очередь ограничивает двигательную активность. Таким образом, пациенты попадают в замкнутый круг, выход из которого возмо-

жен лишь при оптимизации двигательного режима и последующем снижении массы тела [2]. Пациентам с СПКЯ и ожирением рекомендуется снижение веса как минимум на 5–10% от исходного веса, при этом происходит нормализация менструальной и репродуктивной функции. Снижение массы тела у женщин с СПКЯ и ожирением можно рекомендовать как начальный этап лечения, а изменение диеты и активный образ жизни необходимы на протяжении всей жизни женщины с СПКЯ.

Литература

1. Соболева, Е.Л. Диагностика и патогенетическая терапия синдрома поликистозных яичников/ Е.Л. Соболева // Доктор. Ру. – 2007. – №6. – С.25–27.
2. Чеботникова, Т.В. Контроль массы тела – ключ к успеху лечения больных с синдромом поликистозных яичников / Т.В. Чеботникова [и др.] // Вестник репродуктивного здоровья. – 2007. – № 9. – С. 7–18.
3. Синдром поликистозных яичников: Руководство для врачей / Под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007. – 368с.